ÉVALUATION DES PROGRAMMES

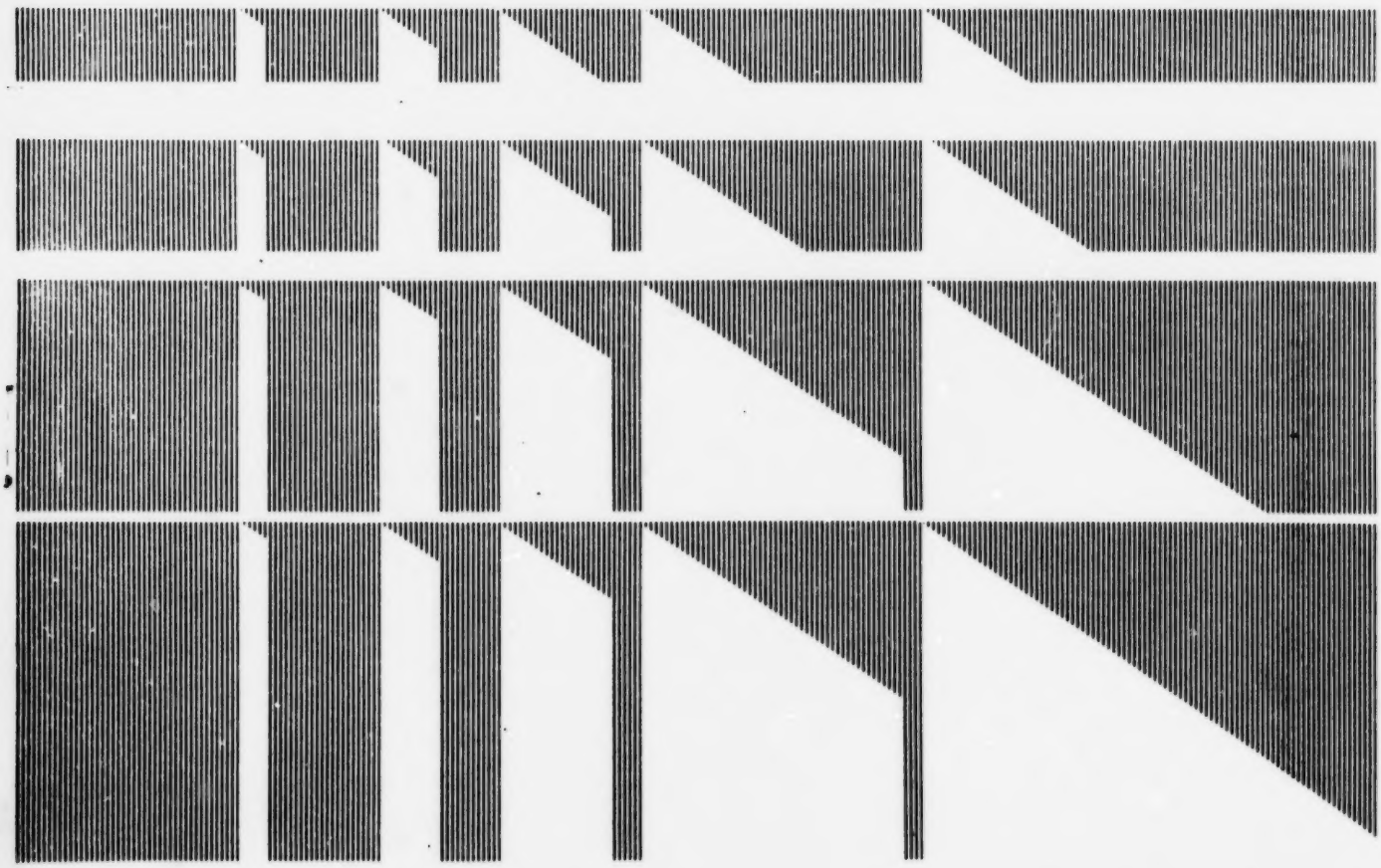
Série Études et analyses

ANALYSE DE LA COHÉRENCE DE POLITIQUES QUÉBÉCOISES À L'ÉGARD DES PERSONNES AYANT DES INCAPACITÉS

PREMIÈRE PARTIE:
LES CLIENTÈLES OU PROBLÉMATIQUES CONSIDÉRÉES

Québec

24



ANALYSE DE LA COHÉRENCE DE POLITIQUES QUÉBÉCOISES À L'ÉGARD DES PERSONNES AYANT DES INCAPACITÉS

PREMIÈRE PARTIE:

LES CLIENTÈLES OU PROBLÉMATIQUES CONSIDÉRÉES

MARIO BOLDUC
SERVICE DE L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES
DE SERVICES SOCIAUX
DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ÉVALUATION ET
DE LA PLANIFICATION

MARS 1986

TITRE:

BOLDUC, Mario, Analyse de la cohérence de politiques québécoises à l'égard des personnes ayant des incapacités. Première partie: Les clientèles ou problématiques considérées., #24, Direction générale de l'Évaluation et de la planification, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 1986, 32 pages.

RÉSUMÉ:

1 - PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTUDE

Cette étude part du constat de plus en plus partagé à l'effet que la problématique des pertes d'autonomie ou incapacités prend une place de plus en plus importante dans le portrait général de la santé et du bien-être de la population.

Depuis quinze ans, cette réalité s'est manifestée, d'une part, par l'émergence et le développement d'un mouvement pour favoriser l'exercice des droits des personnes dites "handicapées". En même temps, plusieurs politiques ou programmes ont été élaborés pour des clientèles ou types d'interventions où la réalité des incapacités est très présente. Ce sont, entre autres, les politiques pour les personnes âgées, les malades mentaux, les malades chroniques, les accidentés de la route ou du travail, ou encore concernant la réadaptation, les services à domicile, l'adaptation scolaire, etc.

A partir de l'analyse d'un grand nombre de documents élaborés depuis quinze ans, la présente étude se veut un essai sur la pertinence et la cohérence des principaux éléments de ces politiques. L'objectif général est de poser quelques constats et questions majeurs et de proposer des pistes de solution aux problèmes observés.

Cette analyse se présente sous forme de trois brefs documents séparés, mais complémentaires. Le premier, c'est-à-dire le présent document, aborde la question des clientèles ou problématiques considérées. Les deux autres traiteront des orientations générales et de la réadaptation.

2 - ÉVOLUTION DU CONCEPT DE "PERSONNE HANDICAPÉE"

Cette partie retrace l'évolution du concept de "personne handicapée" depuis le début des années '70 en examinant surtout les différents groupes considérés. Est aussi considéré le modèle de "déficience, incapacité, handicap", proposé par l'Organisation mondiale de la santé.

3 - LES POLITIQUES PARTICULIÈRES

Un bref survol des politiques énumérées plus haut et de la façon dont les clientèles sont définies.

4 - AVANTAGES ET LIMITES DU MODÈLE DE L'O.M.S.

Cette partie souligne les avantages du concept "d'incapacité". C'est un concept opérationnel qui permet par exemple de mieux situer des types d'interventions autres que les traitements proprement dits, comme la réadaptation et la compensation à long terme des incapacités.

Par contre, le concept de "handicap" a fluctué avec les années et il semble maintenant être plus conçu comme désignant les obstacles sociaux à l'intégration qu'une caractéristique ou un statut d'une personne. Il est finalement proposé un cadre de référence pour situer les clientèles et problématiques cibles de même que les types d'interventions correspondants.

5 - CRITIQUE DE LA NOTION DE "PERSONNE HANDICAPÉE"

L'utilisation de ce concept est susceptible de créer beaucoup de confusion et d'amener des inconvénients de diverses natures.

6 - L'INTÉGRATION DES POLITIQUES: UN TRAVAIL À COMPLÉTER

En dépit de la grande diversité des problématiques des différentes clientèles considérées, il ressort clairement un dénominateur commun: des incapacités ou des limitations dans l'accomplissement d'activités normales causées par des déficiences physiques ou mentales.

Très peu d'orientations sont basées fondamentalement sur cette problématique générale et il reste beaucoup de place pour l'amélioration de la cohérence entre les différentes politiques.

7 - CONCLUSION

Il apparaît donc clair que la recherche d'une meilleure définition des orientations et d'une plus grande cohérence des différentes politiques est nécessaire. Cette nécessité est d'autant plus grande que le phénomène des incapacités n'est pas le fait d'une minorité sociale, mais plutôt une réalité qui rejoint la majorité des individus à un moment ou l'autre de leur vie. De plus, cette réalité nécessite du support relié à des besoins fondamentaux et l'Etat consacre déjà des sommes considérables pour la satisfaction de ces besoins (environ 2 milliards pour 1983-84).

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

REMERCIEMENTS

1 - PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTUDE 1

2 - ÉVOLUTION DU CONCEPT DE "PERSONNE HANDICAPÉE" 3

3 - LES POLITIQUES PARTICULIÈRES 9

4 - AVANTAGES ET LIMITES DU MODÈLE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ 12

5 - CRITIQUE DE LA NOTION DE "PERSONNE HANDICAPÉE" 17

6 - L'INTÉGRATION DES POLITIQUES: UN TRAVAIL À COMPLÉTER 20

CONCLUSION 23

BIBLIOGRAPHIE 27

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont été consultées et ont participé aux travaux préparatoires à cette étude. Il faut d'abord souligner l'importante collaboration de monsieur Léandre Bilodeau, de la direction générale de l'Évaluation et de la planification. Madame Edith Cloutier de la direction de l'Hébergement et monsieur Patrick Fougeyrollas de l'Office des personnes handicapées du Québec ont aussi fourni un précieux support.

Nous avons aussi bénéficié des conseils de monsieur Bernard Deschênes du CRSSS-03 et de mesdames Claire Chamberland, Lysette Trahan-Langlois et Louise Garant de la direction générale de l'Évaluation et de la planification.

Madame Diane Beaulé s'est occupée, de façon experte, de la dactylographie et de la mise en page.

1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTUDE

La société québécoise a connu une réforme majeure de ses services de santé et services sociaux au début des années '70. Depuis cette période, différents acteurs impliqués, dont l'État, semblent avoir fait une prise de conscience grandissante des problématiques vécues par les personnes vivant avec des déficiences et des incapacités physiques ou intellectuelles à long terme. Comme le démontre bien, entre autres, le Conseil des affaires sociales et de la famille par ses recherches résumées dans le document "Objectif Santé", la problématique des pertes d'autonomie ou incapacités prend une place de plus en plus importante dans le portrait général de la santé et du bien-être de la population.

Cette préoccupation nouvelle s'est manifestée de plusieurs façons. D'une part, de nombreux programmes ont été mis en oeuvre pour répondre aux besoins de différentes clientèles-cibles. Nous avons aussi assisté à l'émergence et au développement de nouveaux concepts pour cerner ces réalités, soit entre autres, la notion de "personne handicapée". Cela s'est traduit par exemple, par l'adoption d'une loi pour favoriser l'exercice de leurs droits, par la création d'un Office et par l'élaboration de plusieurs documents d'orientations visant à mieux satisfaire les besoins de ces personnes.

Pendant cette même période, plusieurs études ou documents de politique (ils ne sont pas tous publiés) ont été élaborés visant des clientèles particulières ou des types d'interventions. Ce sont, par exemple, les politiques pour les personnes âgées, les malades

mentaux, les malades chroniques, les accidentés de la route ou du travail, ou encore celles concernant la réadaptation, les services à domicile et l'adaptation scolaire.

Suite à tous ces développements en cours ou à venir, il apparaît important dans le contexte actuel de tenter une analyse générale de la pertinence et de la cohérence des principaux éléments de ces politiques. C'est l'objet de cet essai. Les objectifs de celui-ci sont donc de:

1° Fournir un éclairage sur la pertinence et la cohérence de nos politiques à l'égard des personnes ayant des incapacités.

2° Présenter un portrait des clientèles-cibles, des principales orientations et des différentes conceptions de la réadaptation contenues dans les documents considérés.

3° Poser un certain nombre de constats et de questions majeures sur la pertinence et la cohérence des éléments considérés.

4° Fournir des pistes pour la solution des problèmes de pertinence et de cohérence observés.

La méthode utilisée consiste à analyser plusieurs documents pertinents élaborés au cours des quinze dernières années. On trouvera la liste de ces documents à la section BIBLIOGRAPHIE. Cette analyse se fait à la lumière de la littérature contemporaine sur le sujet, de données factuelles sur les réseaux de services impliqués et de l'expérience professionnelle de l'auteur.

Il est à noter que ce document se veut très bref malgré l'ampleur et la complexité du sujet traité. Il reste donc beaucoup de place pour des réflexions et des analyses supplémentaires. Il faut d'ailleurs être bien conscient que la recherche de cohérence est une préoccupation continue et d'autant plus difficile que la réalité est complexe et en constante évolution.

Cette analyse se présentera sous forme de trois courts documents, séparés mais complémentaires. Le premier, celui-ci, aborde la question des clientèles et problématiques cibles retenues par la littérature analysée.

Quelles sont les personnes visées par les différentes politiques? Ont-elles des caractéristiques communes? S'adresse-t-on à des groupes bien identifiés ou à des problématiques communes à plusieurs groupes? Quels modèles conceptuels utilise-t-on pour cerner les clientèles? Ces modèles sont-ils pertinents? Les différents documents sont-ils cohérents dans la définition de leur clientèle? Peut-on identifier des solutions aux problèmes observés? Telles sont les questions auxquelles on tente ici d'apporter des éléments de réponse.

Nous décrirons d'abord l'émergence et l'évolution du concept de "personne handicapée" et du modèle de l'Organisation mondiale de la santé. Suivront des constats et des questions sur les avantages et les limites de ces cadres conceptuels. Parallèlement à ces modèles, il y aura une description des clientèles visées par les politiques particulières. Seront finalement examinés, certains problèmes reliés à l'intégration et à la cohérence des politiques.

Les deuxième et troisième documents traiteront des orientations générales présentées par les politiques considérées et de la réadaptation.

2. ÉVOLUTION DU CONCEPT DE "PERSONNE HANDICAPÉE"

Dans les documents officiels, la notion de "personne handicapée" est à peu près inexistante avant le début des années '70.

Le "Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social" mentionne, l'existence "d'handicapés", tout en s'opposant à la reconnaissance d'un statut spécial pour ces personnes:

> "La politique sociale ne doit pas contribuer à la rejeter à l'écart de la société en lui donnant un statut particulier. Elle doit être suffisamment souple pour reconnaître dans tous les domaines l'existence des handicapés et éliminer les différentes formes de discrimination qui s'exercent à son endroit. Enfin, elle doit admettre que l'handicapé a besoin de certains biens et de certains services pour surmonter, dans la mesure du possible, son handicap et pour développer intégralement sa personnalité au sein de la société.
>
> Il faut s'opposer à une politique qui s'applique à des groupes particuliers, qui comporte des mesures d'assistance financière par catégorie et qui maintient ou établit des réseaux de services distincts... En prônant l'abolition des politiques basées sur la classification des personnes par catégorie, selon leur état physique et mental, la Commission veut rompre avec une tradition qui lui paraît sans issue, parce qu'elle tient à ce que la politique sociale respecte pleinement la dignité de l'homme." 1

Les premiers documents traitant de façon spécifique des personnes handicapées apparaissent dans les années '73 à '75. Ce sont entre autres "Les services à l'enfance: Mémoire de programme", et "Éléments d'une politique de réadaptation des adultes". Il n'y a pas à ce moment de définition précise de cette notion et on distingue tout simplement les handicapés mentaux, moteurs et sensoriels.

---

1 COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social: Le Développement, Rapport Castonguay-Nepveu Vol. III Tome 2, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1971, p.148.

Le véritable point-tournant se situe en 1977-78 avec la publication d'un livre blanc intitulé "Proposition de politique à l'égard des personnes handicapées" et l'adoption de la "Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées". Le livre blanc introduit les notions de déficience et de handicap et concerne les personnes de 18 à 64 ans. Il définit les concepts-clés dans ces termes:

> "DÉFICIENCE: état d'altération physique ou mentale avec un aspect objectif et diagnosticable.
>
> HANDICAP: difficultés éprouvées pour accomplir des activités et des rôles considérés comme normaux." 1

Le livre blanc classifie les personnes handicapées en cinq groupes, soit:

- Les personnes présentant une déficience mentale: divisées en trois sous-groupes en fonction du quotient intellectuel.
- Les personnes ayant des troubles mentaux chroniques.
- Les handicapés visuels: on donne une définition technique basée sur le degré d'acuité ou le champ visuel.
- Les handicapés auditifs: définition technique.
- Les handicapés moteurs que l'on définit comme "toute personne qui, pour diverses raisons, manifeste des troubles d'ordre musculaire et/ou perceptivo-moteur permanents". 2

La Loi, quant à elle, établit une définition qui prévaut toujours:

---

1 MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, Livre blanc: Proposition de politique à l'égard des personnes handicapées, Québec, Le Ministère, 1977, p.6.

2 Ibid, p.9.

> "Toute personne limitée dans l'accomplissement d'activités normales, et qui, de façon significative et persistante est atteinte d'une déficience physique ou mentale, ou qui utilise une prothèse ou tout autre moyen pour pallier son handicap". 1

On assiste aussi, à ce moment, à la création de l'Office des personnes handicapées du Québec.

L'autre étape majeure est franchie en 1981 avec l'Année internationale des personnes handicapées et la tenue au Québec d'un sommet socio-économique qui s'accompagne de la publication du document "L'intégration de la personne handicapée: État de la situation". On introduit alors les notions de déficience, d'incapacité et de handicap, telles que définies quelques années plus tôt par l'Organisation mondiale de la santé. L'utilisation de ces notions devient fréquente par la suite:

DÉFICIENCE:

> "Une perte, une malformation ou une anomalie d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, psychologique, physiologique ou anatomique. C'est la résultante d'un état pathologique objectif, observable, mesurable et pouvant faire l'objet d'un diagnostic". 2

INCAPACITÉ:

> "Une restriction ou un manque d'habilité pour accomplir une activité de la manière ou à l'intérieur des limites considérées comme normales pour un être humain. Elle provient de la déficience et de la réaction de chaque individu par rapport à celle-ci dans un type d'activités précis. Il peut par exemple y avoir des incapacités par rapport aux soins personnels, à la mobilité, aux communications, à un travail, etc". 3

---

1 ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, "Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées" in Lois refondues du Québec, Chapitre E-20.1, Québec, Editeur officiel du Québec, 1985, p.12, article 1g.

2 SECRÉTARIAT DES CONFÉRENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES, Intégration de la personne handicapée: Etat de la situation, Document de réflexion déposé par le secrétariat permanent des conférences socio-économiques du Québec, Montréal, Le Secrétariat, 1981, p.20.

3 Ibid., p.20

HANDICAP:

> "Une limite ou un empêchement, découlant d'une déficience ou d'une incapacité, pour une personne de jouer, dans son milieu, les rôles joués par les autres individus. La notion de handicap fait référence aux valeurs d'un milieu; elle se caractérise par la différence entre une performance individuelle et les attentes d'un groupe dont l'individu fait partie". 1

C'est aussi à ce moment que l'on introduit une classification plus complète et que l'on apporte des définitions plus précises des différentes catégories de personnes handicapées. Il apparaît important de les mentionner:

- Personnes ayant une déficience psycho-pathologique: "Correspond à des troubles émotionnels ou psychiques et perceptuels, pouvant être causés par divers facteurs organiques ou environnementaux ou leur combinaison, et qui se manifestent par des problèmes à moyen ou à long terme à assumer son épanouissement personnel dans son milieu... Ce sont celles qui après une période de traitements médicaux et de réadaptation, n'ont pu recouvrer leur autonomie de telle sorte qu'elles ont besoin d'un ensemble de services de soutien pour accomplir des activités quotidiennes nécessaires à une intégration sociale".[2]

- Personnes ayant une déficience intellectuelle: "Se manifeste par un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne, accompagné de difficultés d'adaptation apparaissant pendant la période de croissance".[3]

---

1 Ibid., p.20
2 Ibid., p.26
3. Ibid., p.26

- Personnes ayant une déficience motrice: "Personnes qui présentent des troubles ou des séquelles d'ordre musculo-squelettique ou sensori-moteur appartenant à une des sept catégories suivantes":[1]

. Encéphalopathies:	Accident cérébro-vasculaire, paralysie cérébrale, etc.
. Myélopathies:	Paraplégie, quadraplégie, etc.
. Atteintes au système nerveux central:	Ataxie, sclérose en plaques, etc.
. Perte d'intégrité:	Amputation.
. Myopathies:	Dystrophie musculaire, poliomyélithe, etc.
. Arthropathies:	Arthrite, etc.
. Neuropathies:	

- Personnes ayant une déficience visuelle: "Lorsqu'après correction de lentilles ophtalmiques appropriées à l'exclusion des systèmes optiques spéciaux et des additions supérieures à + 4,00 dioptries, elle a une acuité visuelle de chaque oeil d'au plus 6/21, ou un champ de vision de chaque oeil inférieur à 60° dans les méridiens 180° et 90°".[2]

- Personnes ayant une déficience auditive: "L'incapacité a deux volets: l'incapacité d'entendre des sons qui s'évalue en termes de décibels, dans la meilleure oreille et l'incapacité de discrimination qui s'évalue en fonction de l'audition, de la compréhension et de la composition de la parole. L'incapacité de communication découle de l'incapacité d'audition puisque la personne est limitée dans la réception du message verbal. Ainsi, tout le processus de communication est court-circuité. Le handicap auditif découle de l'incapacité de l'individu à communiquer et se définit comme la limitation de cet individu à jouer des rôles sociaux en conformité avec les valeurs sociales et culturelles de son milieu".[3]

---

1 Ibid., p.23
2 Ibid., p.24
3 Ibid., p.26

- Personnes ayant une déficience de la parole et du langage: On ne donne pas de définition précise.

- Personnes ayant une déficience organique: On ne donne pas de définition précise et on inclut les déficiences suivantes: insuffisance rénale, les stomies, le cancer, le diabète, la fibrose kystique, l'épilepsie, les maladies cardiaques chroniques, les maladies respiratoires chroniques et l'obésité.

Finalement, il y eut, en 1984, la publication par l'Office des personnes handicapées du Québec de "À part! égale... L'intégration sociale des personnes handicapées: Un défi pour tous" qui se veut une politique globale pour ces personnes. On utilise les mêmes concepts de base qu'en 1981 avec des nuances importantes dans la notion de handicap comme nous le verrons plus loin.

3. LES POLITIQUES PARTICULIÈRES

Pendant cette même période où la notion de "personne handicapée" a été de plus en plus adoptée, plusieurs autres politiques ont été élaborées pour des clientèles ayant à tout le moins des similitudes avec les personnes que l'on qualifie "d'handicapées". Voici un rapide tour d'horizon de ces documents.

- Il y a d'abord quelques documents (non publiés), dont l'un est en cours de finalisation, portant sur la réadaptation. Les auteurs identifient la clientèle-cible comme étant les personnes handicapées. Ils considèrent cependant que la définition légale n'est pas applicable pour une grande partie des clientèles en réadaptation et considèrent plutôt la définition suivante:

> "...Celle présentant des déficiences physiques ou intellectuelles entraînant des conséquences fonctionnelles, caractérisées par des incapacités les limitant dans l'accomplissement de tâches, d'activités ou dans leur autonomie fonctionnelle, psycho-sociale, professionnelle et socio-communautaire."1

- Quelques versions de politiques pour les personnes âgées dont celle récemment publiée sous le titre: "Un nouvel âge à partager. Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées." La clientèle visée est évidemment, en principe, constituée de toutes les personnes de 65 ans et plus. Il apparaît cependant évident, à la lecture des mesures proposées, que l'on vise essentiellement les personnes qui ont une certaine perte d'autonomie.

- Quelques orientations (non publiées) pour les "malades chroniques" que l'on retrouve dans le document "Réseau de services intégrés pour les bénéficiaires de soins prolongés." La clientèle est définie comme suit:

> "Elle se rétablit très lentement d'une maladie aigue et souffre, la plupart du temps, de séquelles permanentes comme la perte d'autonomie, l'instabilité de son état physique et mental et l'exposition accrue à d'autres maladies. Il y a coexistence de plusieurs états pathologiques. Les facteurs socio-économiques jouent un grand rôle".2

---

1 CLOUTIER E., CÔTÉ M., Principes d'orientation et d'organisation des programmes de réadaptation qui s'adressent aux personnes handicapées en raison d'une déficience, Document de travail, partie 1, p.40, Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction générale des programmes de services sociaux, 1984 et 1985.

2 MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, Réseau de services intégrés pour les bénéficiaires de soins prolongés, 3e version abrégée, Québec, Direction des services hospitaliers-est, Service des programmes de soins prlongés, 1982, p.20.

- Plusieurs documents portant sur la santé mentale ou la maladie mentale, dont celui publié récemment et intitulé "La santé mentale: à nous de décider". Ces documents visent toutes les personnes aux prises avec des problèmes mentaux.

- Documents de politiques pour le secteur de l'adaptation scolaire, dont "L'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage: Énoncé de politique et plan d'action". On vise ici les enfants présentant une déficience motrice, visuelle, auditive, mentale, des déficiences multiples et on ajoute les mésadaptés socio-affectifs.

- Le document "Les services à domicile: Politique du ministère des Affaires sociales" qui identifie quatre clientèles-cibles, soit 10% à 30% des personnes âgées, 45% des personnes handicapées, les personnes malades et les familles. En 1983, dans un "Rapport d'étape du groupe de travail sur la révision de la politique des services à domicile du ministère des Affaires sociales", la clientèle visée consiste plus en des personnes dont l'autonomie est diminuée, quels que soient leur âge ou leur situation.

- La "Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles" qui s'adresse aux personnes victimes de lésions professionnelles dont un certain nombre sont permanentes.

- Un document sur "Le rôle du service de Réadaptation à la Régie de l'Assurance-Automobile du Québec" s'adressant aux accidentés de la route demeurant avec des séquelles et ne pouvant, à court terme, reprendre leur occupation antérieure.

4. AVANTAGES ET LIMITES DU MODÈLE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Le modèle de "déficience, incapacité et handicap", proposé par l'Organisation mondiale de la santé, amène sans contredit une amélioration de la compréhension des phénomènes des maladies, des accidents et de leurs conséquences. Cela nous permet de sortir d'un modèle implicitement utilisé depuis longtemps où l'on ne considère que des causes, des maladies et des traitements, suivis de guérisons ou de décès.

Avec le nouveau modèle, on identifie une classification de différents types de déficiences pouvant provenir de causes congénitales, accidentelles ou de maladies. Le principal apport de ce modèle semble être le concept d'incapacité. Ce concept permet de mieux identifier et comprendre un phénomène qui n'est certes pas nouveau, soit celui des conséquences des déficiences sur l'accomplissement des activités quotidiennes essentielles.

En effet, les différentes déficiences peuvent provoquer des restrictions ou des empêchements pour une personne d'accomplir des activités essentielles reliées au comportement, à la communication, aux soins corporels, aux déplacements, aux tâches domestiques, etc. Ces incapacités peuvent subsister plus ou moins longtemps. Ce phénomène des incapacités ou pertes d'autonomie est de plus en plus identifié comme majeur dans nos sociétés compte tenu surtout du vieillissement de la population et des progrès de la médecine.

Ce concept a l'avantage d'être opérationnel en ce sens que les incapacités sont assez facilement identifiables et même mesurables. Il permet aussi de mieux situer des interventions autres que le traitement proprement dit visant à éliminer la déficience ou la maladie.

Il est possible d'identifier deux grands types d'interventions face à ce phénomène des incapacités. On peut d'abord tenter dans

un temps déterminé de minimiser les incapacités soit par des appareillages ou aides techniques ou par des apprentissages ou entraînements spécifiques. Un très grand nombre d'approches professionnelles ou de techniques spécialisées (physiothérapie, ergothérapie, orthophonie, psychologie, éducation spécialisée, etc.) peuvent ici être mises à profit. C'est ce qu'on appelle communément la réadaptation. On parle plutôt d'adaptation pour les personnes ayant des déficiences congénitales.

Pour ce qui est des incapacités qui demeurent en dépit des traitements et de la réadaptation, on peut les compenser à long terme par différents types de services habituellement de nature moins spécialisée. Ce support, pouvant provenir de différentes sources, peut être dispensé dans le milieu naturel de la personne ou encore dans un milieu substitut comme par exemple les centres d'accueil d'hébergement ou les centres hospitaliers de soins de longue durée.

Nous devons, par contre, constater que le concept de handicap présente beaucoup plus de difficultés et sème de la confusion. Il y a eu beaucoup de discussions autour de cette notion ces dernières années sans qu'on en arrive à une véritable solution.

Au début des années '80, on le définissait comme "une limite ou un empêchement, ..., pour une personne de jouer, dans son milieu, les rôles joués par les autres individus...."[1] Ainsi considéré, le handicap est en fait une simple extension du concept d'incapacité appliqué aux rôles sociaux. L'utilité de cette distinction n'est pas évidente.

En 1984, dans "À part! égale...", on le présente plutôt comme "un désavantage social pour une personne, résultant d'une déficience ou d'une incapacité, et qui limite ou interdit l'accomplissement de ses rôles sociaux".[2]

---

1 SECRÉTARIAT DES CONFÉRENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES, op. cit., p.20.

2 OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, À part! Égale... L'intégration sociale des personnes han- dicapées: Un défi pour tous, Drummondville, L'Office, 1984, p.33.

Ce n'est donc plus la limitation dans l'accomplissement des rôles qui est le handicap, mais plutôt le désavantage social qui crée la limitation. On se rapproche alors beaucoup de la notion de "stigmate" telle que définie par Goffman dans les années '60: "Caractéristique importante d'une personne habituellement mal perçue par la population et qui jette un discrédit sur cette personne."[1]

En soi, ce stigmate ou ce désavantage social n'est pas nécessairement lié à une déficience ou une incapacité. En effet, toute différence visible ou connue peut amener ce désavantage social. Ça peut être la couleur de la peau, le fait d'être alcoolique, de vivre de l'aide sociale ou, à la limite, le fait d'être une femme. Il peut par contre y avoir des déficiences ou incapacités graves, mais non visibles, qui n'entraînent pas nécessairement un désavantage social.

Le problème majeur de ce concept est qu'il n'est pas très opérationnel par rapport aux personnes. Comment, en effet, identifier ou mesurer ce désavantage social chez une personne alors qu'il est en grande partie déterminé par les caractéristiques du milieu ambiant et les valeurs prévalant dans le milieu de la personne? Cela est, à toute fin pratique, impossible.

C'est sans doute pour cela que l'on commence à ce moment (dans le même document) à associer le handicap au milieu plutôt qu'à la personne. On affirme par exemple: "Il est essentiel de comprendre que c'est par des interventions sur les conditions d'intégration sociale que l'on minimise les facteurs collectifs d'apparition de handicap et non par des interventions sur la personne".[2]

Cette tendance à associer le handicap aux obstacles du milieu se poursuit et prend de plus en plus d'importance. On retrouve par exemple l'affirmation suivante d'un des auteurs de "A part! égale..." dans une conférence récente: "Le handicap, ce sont les

1 GOFFMAN E., Stigmate, Les Éditions de Minuit, 1968, p.12.
2 OFFICE DES PERSONNES HANDICAPEES DU QUEBEC, op. cit., p.34.

obstacles sociaux, culturels, économiques, environnementaux, liés aux mentalités, à l'organisation des services et aux législations".[1]

Ainsi considérée, cette notion est utile, en ce sens qu'elle situe une source de problèmes supplémentaires auxquels peuvent faire face des personnes ayant des déficiences ou des incapacités, soit les mentalités et l'organisation du milieu. Ça indique aussi un autre type d'actions possibles et de plus en plus perçu comme nécessaire, soit l'adaptation de l'environnement physique, réglementaire, etc., et l'évolution des mentalités pour empêcher la discrimination, ou pour assurer la protection des droits. C'est, en résumé, la diminution des obstacles sociaux au fonctionnement des personnes vivant avec des incapacités.

Il semble donc maintenant que la façon la plus logique et utile d'interpréter le concept de "handicap" consiste à le voir comme un concept relationnel. C'est la relation entre des personnes qui ont une ou des caractéristiques différentes (entre autres une déficience physique ou mentale) et des conditions de l'environnement physique ou organisationnel ou encore des valeurs et des mentalités qui créent des obstacles aux personnes en question. On ne peut donc logiquement accoler ce qualificatif à des personnes et encore moins en faire un statut. Une personne n'est pas handicapée en soi, mais bien par des obstacles extérieurs. On peut d'ailleurs douter de la pertinence de continuer l'utilisation de ce concept, compte tenu de sa complexité et de la confusion qu'il sème.

Suite à cette discussion, il apparaît utile de resituer de façon schématique les clientèles et problématiques cibles et les types d'interventions correspondants. C'est ce que tente le tableau ci-dessous.

---

1 FOUGEYROLLAS, P., Orientations pour le futur de l'adaptation et de la réadaptation des personnes fonctionnellement limitées, Congrès canadien de réadaptation tenu à Vancouver en 1985, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 1985:8.

CLIENTÈLES ET PROBLÉMATIQUES VISÉES ET TYPES D'INTERVENTIONS CORRESPONDANTS

CLIENTÈLES ET PROBLÉMATIQUES	TYPES D'INTERVENTIONS
1. FACTEURS DE RISQUE: Facteurs reliés à la biologie, à l'environnement, aux habitudes de vie	1. PRÉVENTION: Promotion de la santé, dépistage, législations, réglementations, etc.
2. DÉFICIENCES: Déficiences intellectuelles, psychiques, motrices, auditives, visuelles, organiques.	2. TRAITEMENTS: Différentes spécialités médicales et autres types de thérapies.
3. INCAPACITÉS: Reliées au comportement, à l'apprentissage, à la communication, aux soins corporels, à la locomotion, aux tâches domestiques, etc.	3. ADAPTATION-RÉADAPTATION: Ensemble d'interventions thérapeutiques de diverses natures et limitées dans le temps pour minimiser les incapacités.
4. INCAPACITÉS PERSISTANTES: Incapacités significatives qui demeurent en dépit des traitements et de l'adaptation-réadaptation	4. COMPENSATION A LONG TERME: Support généralement non spécialisé, pouvant provenir de différentes sources, et dispensé dans le milieu naturel ou dans un milieu substitut.
5. OBSTACLES SOCIAUX: -Barrières architecturales -Attitudes et comportements de rejet ou discriminants -Réglementations, normes -Services mal adaptés au niveau des communications, transports, loisirs, culture, etc.	5. DIMINUTION DES OBSTACLES: -Modifications et adaptations physiques, réglementaires, administratives -Evolution des mentalités et attitudes

5. CRITIQUE DE LA NOTION DE "PERSONNE HANDICAPÉE"

Comme nous venons de le voir, l'association du concept "handicap" à des personnes en tant que caractéristique, état ou statut, présente certainement des problèmes de compréhension. En effet, si le handicap représente les obstacles sociaux nuisant aux personnes ayant des limitations physiques ou mentales, on ne peut légitimement en faire une caractéristique de la personne en elle-même.

Il y a aussi d'autres inconvénients possibles à l'utilisation de la notion de "personne handicapée". Cela est par exemple susceptible d'orienter les actions essentiellement sur les personnes et très peu sur les obstacles du milieu alors que pourtant, le handicap réfère surtout à ceux-ci.

Il faut aussi considérer que le fait de qualifier des personnes de "handicapées" met l'accent sur la différence des personnes, et ce d'une façon très globalisante. Cela est de nature à les stigmatiser encore plus et à augmenter le "handicap" soit les attitudes discriminantes dans le milieu ambiant.

Un autre inconvénient majeur de ce concept consiste dans l'interprétation souvent très restrictive qui en est faite. Il est en effet facile de constater qu'encore aujourd'hui, beaucoup de personnes dans tous les milieux associent cette notion à des personnes jeunes se déplaçant en fauteuil roulant. Cela est d'ailleurs souvent encouragé par les média et des symboles tels que le sigle international de "personne handicapée". Cette situation ne représente pourtant qu'une petite partie de la réalité des incapacités significatives et persistantes et amène une perception de petite minorité sociale.

Voyons maintenant la définition légale de "personne handicapée" qui prévaut toujours au Québec. Il est facile de constater que

cette définition de "personne handicapée" ne réfère pas à la notion de "handicap" mais bien à celle "d'incapacité". On parle en effet de "limitations dans l'accomplissement d'activités normales", ce qui correspond tout à fait à la notion d'incapacité.

Ce ne sont cependant pas toutes les incapacités, mais bien celles qui sont causées par des déficiences significatives et persistantes. La notion de significative réfère aux limitations ou incapacités entraînées par la déficience. Le concept de "persistance" élimine les déficiences très passagères bien qu'il laisse à interprétation la période de temps nécessaire pour considérer qu'une déficience est persistante.

Il est donc clair que même si on utilise ici l'expression "personnes handicapées", on ne réfère à aucune définition du concept de "handicap" utilisée jusqu'ici. À partir de l'existence d'incapacités persistantes, on crée un statut légal de "personne handicapée". Un autre élément de la définition peut ajouter à la confusion. La définition se termine par: "... ou qui utilise une prothèse ou tout autre moyen pour pallier son handicap". Cela laisse supposer que la simple utilisation d'une prothèse fait en sorte qu'une personne a le statut de "personne handicapée" alors que la fonction de cette prothèse est justement de minimiser ou pallier l'incapacité.

Voici maintenant quelques autres illustrations de problèmes causés par l'utilisation de ce concept. On voit par exemple dans les documents, qu'il y a un flottement dans les groupes considérés sous le vocable de "personne handicapée". En '77, on considérait les personnes ayant des déficiences intellectuelles, visuelles, auditives, motrices ou des troubles mentaux chroniques. En 1980, on ajoute les personnes avec une déficience de la parole et du langage de même que celles avec une déficience organique. Ce terme général regroupe toute une série de déficiences très variées comme on peut le voir plus haut. En 1984, on retranche du groupe avec des déficiences organiques les personnes ayant des troubles cardiaques chroniques et des troubles respiratoires chroniques. Il est d'ailleurs significatif que lorsqu'on réfère aux différents

groupes, on revient aux caractéristiques reliées aux déficiences pour ne plus tenir compte des éléments rattachés aux incapacités et handicaps.

Ce flottement se manifeste aussi lorsque l'on tente de quantifier les clientèles-cibles. En '77, on parlait de 185 000 personnes en ne considérant que les adultes. En 1980, on estime la clientèle à 350 000 et en 1984, dans "À part! égale...", on ajuste à 486 000 tout en ne comptabilisant pas les personnes avec des déficiences organiques.

Ce malaise est d'ailleurs souligné à plusieurs reprises. La citation qui suit résume bien la situation:

> "Il n'existe en réalité actuellement aucune donnée qui nous informe vraiment sur le nombre de personnes handicapées vivant au Québec, leurs capacités fonctionnelles et l'importance du phénomène du handicap... Une mise en garde générale est nécessaire. Rien ne permet de dire que toutes ces personnes ayant des déficiences physiques ou mentales sont handicapées".[1]

En résumé, nous constatons les situations suivantes par rapport à la notion de "personne handicapée":

- La notion de "handicap" a fluctué fortement au cours des dernières années et même aujourd'hui, nous ne disposons pas d'un concept très clair et encore moins reconnu par tous.
- Si on utilise la signification la plus récente et la plus logique de ce concept, on ne peut l'accoler à des personnes comme un qualificatif et encore moins en faire un statut.
- La définition légale québécoise de "personne handicapée" ne réfère pas clairement à l'une ou l'autre des significations du concept de "handicap", mais plutôt aux incapacités.
- Il y a eu un flottement considérable au cours des années dans les groupes de personnes considérées comme "handicapées" et dans leur quantification.

---

1 OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, op. cit., p.38.

Dans un tel contexte, il apparaît presque inévitable que l'utilisation de la notion de "personne handicapée" crée de la confusion. Cette situation est d'ailleurs facile à observer, entre autres dans les documents. La section qui suit en est une bonne illustration. Il y a peut-être lieu de s'interroger sur la pertinence de continuer à utiliser ce concept dans l'avenir ou sur des moyens de diminuer cette confusion.

6. L'INTÉGRATION DES POLITIQUES: UN TRAVAIL À COMPLÉTER

Depuis 1975, il s'est donc développé un mouvement d'élaboration d'une politique globale pour des personnes qualifiées de "handicapées" ou présentant des incapacités significatives et persistantes.

Pendant cette même période, nous avons assisté à l'élaboration de plusieurs autres politiques pour des clientèles qui semblent de toute évidence correspondre tout à fait aux caractéristiques de base de la clientèle de la politique globale évoquée plus haut. Dans la très grande majorité des cas pourtant, celles-ci n'utilisent pas le modèle de l'Organisation mondiale de la santé et ne font pas référence à la notion légale de "personne handicapée". Elles semblent donc se situer en dehors de ce cadre même si les orientations générales sont ou peuvent être similaires.

Il y a d'abord toute la confusion qui existe encore pour les personnes âgées présentant des pertes d'autonomie ou incapacités importantes. Très souvent, ces personnes ne sont pas considérées comme "handicapées" même si elles correspondent tout à fait aux éléments de cette définition légale. Comme nous l'avons expliqué plus haut, cette perception restrictive du phénomène des incapacités significatives et persistantes est encore très répandue. La "Proposition de politique à l'égard des personnes handicapées" de

1977 était révélatrice à cet effet puisqu'elle ne parlait que des adultes de 18 à 64 ans alors que la Loi qui l'accompagnait ne faisait aucune référence au critère de l'âge.

Dans les années qui ont suivi, les politiques globales pour les "personnes handicapées" s'appliquaient à tous les âges. Par contre, les différentes versions de politique pour les personnes âgées, dont la dernière rendue officielle "Un nouvel âge à partager", ne se situent aucunement dans le modèle "déficience, incapacité, handicap" ni en rapport au cadre légal de "personne handicapée". Il est pourtant très visible que la majorité des mesures proposées ne s'adressent pas à toutes les personnes âgées, mais à celles qui ont des incapacités significatives et persistantes. Cette absence de liens est d'autant plus surprenante qu'il est connu depuis toujours que le phénomène des pertes d'autonomie est en corrélation élevée avec l'âge.

Cette absence de liens se remarque aussi dans le document concernant les "bénéficiaires de soins prolongés". Dans ce cas-ci, il n'y a pas non plus de liens avec les documents concernant les personnes âgées.

La document "Les services à domicile: Politique du ministère des Affaires sociales" identifie quatre clientèles-cibles que l'on considère séparément comme si elles s'excluaient l'une l'autre: les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes malades et les familles. Il doit pourtant bien y avoir des personnes âgées qui sont "handicapées" ou qui vivent dans des familles ou qui sont malades ou toute autre combinaison possible. Dans le "Rapport d'étape du groupe de travail sur la révision de la politique des services à domicile du ministère des Affaires sociales", on se situe cependant beaucoup plus en fonction des incapacités.

Plusieurs autres documents d'orientation ignorent plus ou moins ces liens, tels ceux du secteur de "l'adaptation scolaire", de la

santé mentale, ceux concernant les victimes de la route ou de lésions professionnelles, etc.

Nous voyons que les différentes politiques sont définies en fonction de caractéristiques fort différentes. C'est parfois en fonction de l'âge (les personnes âgées), d'un type de services (services à domicile, réadaptation, adaptation scolaire) d'une problématique particulière (santé mentale, bénéficiaires de soins prolongés, personnes handicapées) ou de la cause (accidentés de la route, lésions professionnelles).

Malgré la très grande diversité indéniable des problématiques particulières, il apparaît clairement à l'analyse du contenu des différents documents que le principal dénominateur commun des clientèles visées est la présence de déficiences physiques ou mentales plus ou moins permanentes qui les limitent dans l'accomplissement d'activités normales.

Nous devons constater que parmi les multiples documents de politiques traitant de clientèles vivant avec des incapacités, on se base rarement sur cette problématique commune pour élaborer des orientations fondamentales et des actions à mettre en oeuvre. La politique globale formulée dans le document "A part égale..." est la seule véritable exception et représente certainement le plus gros effort dans ce sens réalisé à date. On peut cependant craindre que la portée et l'impact de cette politique ne soient diminués parce qu'on l'identifie souvent à la notion (généralement interprétée de façon très restrictive) de "personne handicapée".

Il semble donc ne faire aucun doute qu'il y a de la place pour une meilleure intégration des politiques, des orientations et des différentes actions de l'Etat dans ce domaine. Cette recherche d'intégration et de cohérence ne se ramène pas à une simple préoccupation de logique intellectuelle. Elle s'inscrit avant tout dans la

recherche d'une meilleure identification des clientèles et des problématiques visées, des résultats attendus, des responsabilités respectives des différents acteurs sociaux, afin d'être en mesure de planifier et de réaliser des interventions plus efficaces et plus équitables.

CONCLUSION

En terminant, il nous apparaît opportun de rappeler quelques constatations majeures reliées directement aux problématiques examinées dans ce document.

1. Le phénomène des incapacités significatives et persistantes n'est pas le fait d'une petite minorité sociale comme on a souvent tendance à le considérer. C'est plutôt une réalité susceptible de rejoindre d'une façon ou d'une autre la majorité des personnes à un moment ou l'autre de leur vie. Ces incapacités découlant d'une ou de plusieurs déficiences de nature intellectuelle, psychique, motrice, auditive, visuelle ou organique peuvent être congénitales ou acquises pendant l'enfance ou l'âge adulte suite à une maladie ou à un traumatisme. Leur incidence augmente de façon très considérable avec le vieillissement.

2. L'existence d'incapacités implique souvent des besoins d'interventions thérapeutiques de réadaptation pour tenter de les minimiser. Il faut cependant constater qu'il subsiste en dépit de celles-ci de nombreuses incapacités significatives et persistantes. Ces dernières impliquent des besoins de support pour la satisfaction de divers besoins fondamentaux reliés à l'alimentation, aux soins corporels, aux déplacements, à la communication, au comportement, à l'orientation dans le temps et dans l'espace, aux tâches domestiques, etc. Dans le vécu des gens, la réponse à ces besoins constitue incontestablement une priorité.

3. L'État consacre déjà des sommes importantes pour la satisfaction des besoins reliés à l'existence d'incapacités diverses. Il le fait d'une part par différentes interventions de réadaptation. D'autre part, il compense les incapacités significatives et persistantes surtout par le biais de différentes formes d'hébergement en institution. Si l'on considère les différents types d'établissements du réseau socio-sanitaire, on peut de façon approximative considérer que:

   - Les centres d'accueil de réadaptation pour les personnes ayant une déficience motrice, mentale ou sensorielle travaillent pour minimiser ces incapacités physiques ou mentales.

   - Une proportion importante des services offerts par les centres hospitaliers psychiatriques (au moins 50%) s'adressent aussi à des besoins reliés aux incapacités.

   - Dans les centres d'accueil d'hébergement, les centres hospitaliers de soins de longue durée et dans environ 15% des lits des centres hospitaliers de soins de courte durée, on comble surtout les besoins de base reliés aux incapacités tels que le gîte, le couvert, les soins corporels, la surveillance, etc.

   - L'aide à domicile offerte par les centres locaux de services communautaires se situe également en rapport direct avec la problématique des incapacités.

   - L'Office des personnes handicapées du Québec et les sommes affectées à la réadaptation à la Commission de santé et sécurité au travail et à la Régie de l'assurance-automobile du Québec doivent aussi être considérées dans cette optique.

   Un calcul rapide et approximatif des sommes consacrées à ces secteurs nous montre que pour l'année budgétaire 1983-84, cela représente plus de 2 milliards, soit près de 30% de l'ensemble du budget de notre réseau socio-sanitaire. Donc, la satisfaction des besoins reliés aux incapacités constitue, de facto, une priorité de l'État.

4. L'analyse de nombreux documents de politique élaborés depuis quinze ans démontre que l'on élabore rarement de façon explicite des orientations et des programmes d'action basés sur cette réalité des incapacités communes aux diverses clientèles. De plus, l'intégration et la cohérence de ces différentes politiques laissent place à beaucoup d'améliorations.

   Ces quelques faits sont susceptibles d'inciter fortement à la recherche d'une meilleure définition et intégration des orientations, et surtout des actions, à l'égard de l'ensemble des individus ayant des incapacités. Ils incitent en outre à des réflexions et analyses sur les écarts possibles entre les besoins et attentes de base des clientèles et les modèles d'interventions élaborés pour y répondre.

BIBLIOGRAPHIE

ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, Loi sur les accidents au travail et des maladies professionnelles, Projet de loi no 42 (ch. #6) sanctionné le 28 mai 1985, Québec, Les publications du Québec, 1985.

----------, "Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées" in Lois refondues du Québec, Chapitre E-20.1, Québec, Editeur officiel du Québec, 1985.

BOLDUC M., La réadaptation et l'intégration des personnes handicapées: Etude exploratoire sur la pertinence et la cohérence des orientations proposées depuis quinze ans et de l'organisation des différents réseaux de services, Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction de l'Évaluation des programmes, Service de l'Evaluation des programmes de services sociaux, 1985:69.

CLOUTIER E., CÔTÉ M., Principes d'orientation et d'organisation des programmes de réadaptation qui s'adressent aux personnes handicapées en raison d'une déficience, Document de travail, parties 1-2-3-4-5-6-7, Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction générale des programmes de services sociaux, 1984 et 1985.

COMITÉ CONSULTATIF SUR LES ORTHÈSES ET LES PROTHÈSES, Rapport du Comité consultatif sur les orthèses et les prothèses, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1974.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, L'organisation des services de soins psychiatriques - juillet 1972, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1972:27.

COMITÉ DE TRAVAIL SUR L'IMPLANTATION DES CENTRES DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE, Rapport du Comité de travail sur l'implantation des centres de réadaptation fonctionnelle, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1978:56.

COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL, Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social: Le Développement, Rapport Castonguay-Nepveu Vol. III Tome 2, Québec, Editeur officiel du Québec, 1971.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, Objectif : Santé, Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé, Québec, Les publications du Québec, 1984:217.

CORIN E., GRUNBERG F., SEGUIN-TREMBLAY G., TESSIER L., La santé mentale: de la biologie à la culture, Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur la notion de la santé mentale, Québec, Les publications du Québec, 1985:158.

CREWE N. M., ZOLA I. K., Independent Living for Physically Disabled People, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1983:466.

FOUCAULT P., Aider ... malgré tout: Essai sur l'historique des centres de réadaptation au Québec, Montréal, Association des centres d'accueil du Québec, 1984:151.

FOUGEYROLLAS P., Orientations pour le futur de l'adaptation et de la réadaptation des personnes fonctionnellement limitées, Congrès canadien de réadaptation tenu à Vancouver en 1985, Drummondville, Office des personnes handicapées du Québec, 1985:8.

GARANT L., La désinstitutionnalisation en santé mentale, un tour d'horizon de la littérature, Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux, Secrétariat à la Coordination de la recherche, 1985:74, (Série Etudes et Analyses).

GILBERT L., Éléments d'une politique en santé mentale: Les clientèles, les modes d'intervention, l'organisation des équipes, Québec, Ministère des Affaires sociales, Comité de la santé mentale du Québec, 1975:57.

GIRARD E., La situation des handicapés visuels au Québec: Rapport du comité d'études, Québec, Ministère des Affaires sociales, Comité d'études sur les problèmes de l'handicapé visuel, 1974:83.

GOFFMAN E., Stigmate, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA RÉVISION DE LA POLITIQUE DES SERVICES À DOMICILE, Rapport d'étape du groupe de travail sur la révision de la politique des services à domicile du ministère des Affaires sociales, Document de travail, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1983:66.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE, Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps, un manuel de classification des conséquences des maladies, Genève, O.M.S., [1976].

LAMONTAGNE Y., LAVOIE F., TESSIER L., La santé mentale - prévenir, traiter et réadapter efficacement -3- L'efficacité du traitement, Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur l'efficacité des interventions en santé mentale, Québec, Les publications du Québec, 1985:157.

----------, La santé mentale - prévenir, traiter et réadapter efficacement -4- L'efficacité de la réadaptation, Avis du comité de la santé mentale du Québec sur l'efficacité des interventions en santé mentale, Québec, Les publications du Québec, 1985:123.

LAURIN A., BUREAU N., La réadaptation professionnelle à la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec, Rapport suivant la 68e session de la Conférence internationale du travail (juin 1982), Québec, Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec, 1983:222.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Document de réflexion en santé mentale, Document de travail, Québec, Le Ministère, septembre 1985:234.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, La santé mentale, à nous de décider, Québec, Le Ministère, 1985:54.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, L'école québécoise, L'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage, Énoncé de politique et plan d'action, Québec, Le Ministère, 1978.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION/MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, L'organisation des services aux élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage, Document de travail, Ministère de l'Éducation, 1984.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, Éléments d'une politique de réadaptation des adultes, Québec, Le Ministère, 1974:32.

----------, Les fonctions des centres d'accueil de réadaptation pour les personnes handicapées à cause d'une déficience physique, Québec, Service de l'inadaptation mentale et physique, 1980.

----------, Livre blanc: Proposition de politique à l'égard des personnes handicapées, Québec, Le Ministère, 1977:101.

----------, Un nouvel âge à partager. Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées, Québec, Le Ministère, 1985:61.

----------, Réseau de services intégrés pour les bénéficiaires de soins prolongés, 3e version abrégée, Québec, Direction des services hospitaliers-est, Service des programmes de soins prolongés, Québec, 1982:61.

----------, Les services à domicile: Politique du ministère des Affaires sociales, Québec, Direction générale de la planification, 1979:30.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, Les services à l'enfance: mémoire de programmes, Québec, Service de la planification des services sociaux, Service de la recherche et statistique, 1973:163.

----------, Projet de politique en santé mentale au Québec, Document minéo., Québec, Direction des politiques de santé, mai 1982:5.

----------, Politique et plan d'action. Services aux enfants handicapés à cause d'une déficience mentale, Le Ministère, 1980.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, A part! Égale... L'intégration sociale des personnes handicapées: Un défi pour tous, Drummondville, L'Office, 1984:350.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-AUTOMOBILE DU QUÉBEC, Le rôle du service de réadaptation à la Régie de l'assurance-automobile du Québec, Québec, La Régie, 1983.

RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, Manuel du programme des prothèses, appareils orthopédiques ou autres, Québec, La Régie, [s.d.].

ROY Y., SAUCIER A., ST-PIERRE M.-A., Le système de santé et de services sociaux du Québec, Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction de l'évalution des programmes, 1985:71.

----------, Le système de santé et de services sociaux du Québec, Annexe statistique, Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction de l'évaluation des programmes, 1985:93.

SECRÉTARIAT DES CONFÉRENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES, Intégration de la personne handicapée: État de la situation, Document de réflexion déposé par le secrétariat permanent des conférences socio-économiques du Québec, Montréal, Le Secrétariat, 1981: 156.